

COMENTARIOS EDITORIALES

Enfermedad cerebrovascular, ¿es necesario un glosario?

Este número presenta la bien documentada opinión del profesor Sierra (1) sobre la utilidad de las estatinas en la prevención de la enfermedad cerebrovascular; lo que me invita a hacer algunas anotaciones sobre denominación, clasificación y tratamiento de la misma.

En primer término me parece necesario intentar un glosario que permita fluidez en la comunicación. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad cerebrovascular (ECV) es “el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral, con síntomas de 24 horas o más de duración, ó que lleven a la muerte, sin otra causa que el origen vascular” (2). Tal pareciera que esta definición se refiere a la aparición rápida de síntomas de origen vascular y en principio definiría el episodio agudo de la enfermedad. Empero, no exceptúa las secuelas y no hace referencia al tipo de lesión que ocasiona los síntomas ni a la causa específica de ellos.

La primera pregunta, por tanto, sería ¿no son de origen vascular los síntomas que conocemos como ataque isquémico transitorio (AIT)?..... Sin duda lo son y hemos avanzado bastante en su diagnóstico y tratamiento. Hoy pensamos que cuando los síntomas duran menos de una hora estamos frente a un verdadero AIT y que cuando perduran para desaparecer en las siguientes 24 horas (plazo establecido por la OMS) muy probablemente estamos frente a una lesión vascular menor que requiere, entonces, otra denominación. Este asunto se ha dilucidado gra-

cias al permanente avance de las imágenes diagnósticas, pero en particular a los aportes de la resonancia magnética y a su capacidad para reconocer el flujo de agua en la isquemia aguda, lo que ha hecho de las opciones llamadas resonancia de perfusión o difusión, la prueba de oro para demostrar una lesión aguda menor (3-10).

Se ha demostrado la utilidad de las estatinas en el AIT por cuanto previenen de manera adecuada la recidiva o la aparición de una lesión vascular permanente. En época reciente se ha enfatizado en el oportuno diagnóstico y adecuado tratamiento del AIT, intentando además un paralelo con la angina, para erradicar la actitud contemplativa de pacientes y médicos frente a estos síntomas (11-13)

Las terminologías anglosajona e ibero-lusitana han adoptado las palabras “*stroke*” e “*ictus*” para referirse al episodio agudo de enfermedad cerebrovascular, de manera que no hay mayor confusión, cuando se consulta literatura al respecto. En Latinoamérica la situación es menos clara. Las hermosas palabras del castellano “*trombosis y derrame*” tan arraigadas en la cultura popular (como otrora lo estuvo la *apoplejía*) han tenido poca aceptación en el campo científico por lo que se ha propuesto utilizar los términos: “*ataque*” (acceso o acometimiento repentino de un estado morbosos) que no ha tenido una feliz aceptación, si bien parece mejor que el conocido *accidente* (síntoma grave que se presenta inopinadamente durante una enfermedad, sin ser de los que la caracterizan), aun utilizado por los franceses; o el más confuso de *evento* (hecho imprevisto o que puede acaecer). Parecería lógico insistir en el uso del término

ataque para la enfermedad aguda, que guarda correlación con el de AIT y conserva el aspecto urgente, repentino y potencialmente severo de la enfermedad vascular aguda. Permite además, como en otras latitudes, crear un código para el “*ataque cerebrovascular*” útil para el transporte, ubicación y atención oportuna de quien lo sufre y para la realización de campañas de sensibilización y educación de la población, como el día del “*Ataque cerebrovascular*” realizado, en varias ciudades del país, por la Asociación Colombiana de Neurología el 18 de Noviembre de 2006 (14-18).

En lo relacionado a la clasificación del ataque cerebrovascular es necesario decir que existen varias y de diversos enfoques, la de Bamfort es un excepcional ejercicio de simplicidad que permite una rápida clasificación del paciente (en virtud de su clínica y del resultado de al menos una TAC simple del cerebro) y una pronta evaluación de su pronóstico tanto de recidiva como de recuperación. Su fácil aplicación la ha convertido en importante herramienta para estudios poblacionales y epidemiológicos como lo demuestra el Oxfordshire Community Stroke Project, su principal limitación es la imposibilidad de adscribir una etiología precisa en cada paciente como sí puede hacerse con la conocida como TOAST, en los pacientes con ataque cerebrovascular isquémico en especial; su principal limitación es la aplicabilidad en estudios poblacionales lo que la convierte en excelente herramienta para uso clínico (19-21).

El ataque cerebrovascular isquémico produce una zona central denominada “core” que evolucionará hacia muerte celular y se comportará como un infarto cerebral, la zona de “penumbra” que la rodea, donde la lesión celular es potencialmente reversible es el blanco del tratamiento actual del ataque cerebrovascular. Estos

conceptos moderan toda la terapia trombolítica y neuroprotectora utilizadas, en la actualidad, para las lesiones isquémicas, a ellas debe agregarse el uso de estatinas como lo recomienda el profesor Sierra (1, 13,15).

Para terminar conviene hacer referencia a la enfermedad cerebrovascular de tipo hemorrágico, cuyas presentaciones más frecuentes son la hemorragia intraparenquimatosa (HIC) la mayoría de las veces consecuencia del pobre manejo de la hipertensión arterial, responsable del 8-13 por ciento de todos los ataques cerebrovasculares y a la hemorragia subaracnoidea asociada a malformación vascular (15).

En conclusión, la enfermedad cerebrovascular es un grupo amplio de lesiones clínicas que incluye el ataque isquémico transitorio (AIT), el ataque cerebrovascular (ACV), el infarto cerebral y la hemorragia cerebral parenquimatosa (HIC) o subaracnoidea (HSA).

Referencias

1. **Sierra ID.** Estatinas en prevención de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular ¿Dónde estamos? Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2006;54:69-72
2. World Health Organization: Recommendations on Stroke prevention, diagnosis, and therapy: Report of the WHO Task Force on Stroke and other cerebrovascular disorders. Stroke; 1989; 20:1407-1431.
3. **Culebras A, Kase CS, Masdeu JC, Fox AJ, Bryan RN, Grossman, CB, et al.** Practice guidelines for the use of imaging in transient ischemic attacks and acute stroke. A report of the Stroke Council, American Heart Association. Stroke 1997; 28: 1480-97
4. **Benavente O, Eliasziw M, Streifler JY, Fox AJ, Barnett HJ, Meldrum H.** Prognosis after transient monocular blindness associated with carotid-artery stenosis. N Engl J Med 2001;345: 1084-90.
5. **Johnston SC.** Transient Ischemic Attack. N Engl J Med 2002;347: 1687-92
6. **Albers G, Caplan LR, Easton JD, Fayad PF, Mohr**

- JP, Saver JI, Sherman DG.** Transient Ischemic Attack. Proposal for a New definition. *N Engl J Med* 2002;347:1713-16.
7. **Weimar C, Kraywinkel K, Rodl J, et al.** Etiology, Duration, and Prognosis of Transient Ischemic Attack. *Arch neurol* 2002;59:1484-88.
 8. **Easton JD, Albers GW, Caplan LR, Saver JL, Sherman DG.** Reconsideration of TIA terminology and definitions. *Neurology* 2004; 62(Suppl 6):S29-34
 9. **Restrepo L.** Diagnóstico del ACV con Neuroimágenes. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22:31-41.
 10. **Londoño A, Arbeláez A, Ascencio JI.** Utilidad de la resonancia magnética en el estudio del paciente con ataque cerebrovascular. *Acta Neurol Colomb* 2006; 22: 55-65.
 11. **Neau JP, Moumy H, Mathis S, Gil R.** Statines et prévention des accidents vasculaires cérébraux. *Rev Neurol (Paris)* 2005; 16 : 237-244.
 12. **Rothwell PM, Giles FM, Flossmann E, Lovelock CE, Redgrave JNE, Warlow CP, Mehta Z.** A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after a transient ischaemic attack. *Lancet* 2005;366: 29-36
 13. **Alonso de Lecinana-Cases M, Perez-R GE, Díez-Tejedor E.** Sociedad Iberoamericana de Enfermedad Cerebrovascular (SIECV). Recommendations for stroke treatment and prevention, 2004. *Rev Neurol.* 2004;39:465-86
 14. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. XX Ed. Madrid: Espasa-Calpe. 1987.
 15. **Pérez GE, Celis JI, Muñoz M, Pedra Ol, Villa LA.** Ataque cerebrovascular Agudo. En Zurek R ed. Consensos en Neurología, Guías de Práctica Clínica. Bogotá: Asociación Colombiana de Neurología. 57-105.
 16. Programa “**Código Ictus**” <http://neurologia.rediris.es/neurologia/candanchu3.html>. Visitado el 19 de junio de 2006.
 17. **Torrez J.** Día del “*Ataque Cerebrovascular*”. *Neuropilo* 2006;
 18. **Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C.** Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet.* 1991; 337:1521-6
 19. **Dennis MS, Burn JP, Sandercock PA, Bamford JM, Wade DT, Warlow CP.** Long-term survival after first-ever stroke: the Oxfordshire Community Stroke Project. *Stroke* 1993;24:796-99
 20. **Adams HP Jr, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, Marsh EE 3rd.** Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke.* 1993;24:35-41

Germán Enrique Pérez. MD, MSc

*Especialista en Neurología
 Profesor Departamento de Medicina,
 Facultad de Medicina
 Universidad Nacional de Colombia
 correspondencia: geperezr@unal.edu.co*

